

## Gezondheidsvragenformulier

Datum: \_\_\_\_\_

Burger Service nr: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Voornaam, achternaam \_\_\_\_\_ Geslacht M / V

Straat + huisnummer \_\_\_\_\_ Telefoon privé: \_\_\_\_\_

Postcode + plaatsnaam \_\_\_\_\_

Tel.Mobiel : \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Ziektekostenverzekeraar: \_\_\_\_\_ Relatie- / polisnr: \_\_\_\_\_

Aleen / samenwonend / gehuwd. Naam huisarts: \_\_\_\_\_

Beroep / werkzaamheden: \_\_\_\_\_

**Wat zijn uw klachten** (bij onvoldoende ruimte kunt u de laatste pagina gebruiken):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bruggen/kronen bovenkaak \_\_\_\_\_  
Idem onderkaak \_\_\_\_\_  
Amalgaamvullingen \_\_\_\_\_  
Goud vullingen \_\_\_\_\_  
Composiet vullingen \_\_\_\_\_  
Kunstgebit bovenkaak \_\_\_\_\_  
Kunstgebit onderkaak \_\_\_\_\_

### Medicatie JA/NEE

Anticonceptie pil \_\_\_\_\_  
Ontstekingsremmers \_\_\_\_\_  
Antibiotica \_\_\_\_\_  
Sedativa \_\_\_\_\_  
Prednison \_\_\_\_\_  
Diuretica (plastabletten) \_\_\_\_\_  
Corticosteroiden \_\_\_\_\_  
Pijnstillers \_\_\_\_\_

Antidepressiva \_\_\_\_\_  
Slaaptabletten \_\_\_\_\_  
Tranquillizers (Angst dempende/kalmerende middelen): \_\_\_\_\_

Beta blockers (bloeddrukverlager) \_\_\_\_\_

Immuunonderdrukkers \_\_\_\_\_

### Voeding en Life style

Op dit moment onder behandeling van arts of specialist \_\_\_\_\_  
Schildklierproblemen \_\_\_\_\_  
Jodiumallergie \_\_\_\_\_  
Ervaring met het volgen van diëten \_\_\_\_\_  
Ervaring met ontslakkingskuren \_\_\_\_\_  
Ervaring met lichaamsbehandelingen \_\_\_\_\_  
Gebruik van voedingssupplementen \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van de fiets \_\_\_\_\_  
Dagelijks lichaamsbeweging in de buitenlucht \_\_\_\_\_  
Dagelijks sportbeoefening \_\_\_\_\_  
Wekelijks sportbeoefening \_\_\_\_\_  
Maandelijks sportbeoefening \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van koffie \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van zoet en suiker \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van frisdrank \_\_\_\_\_

Dagelijks gebruik van tabak \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van wijn \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van bier \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van sterke drank \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van vlees \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van vis \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van fruit \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van rauwe groenten \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van zuivelproducten ( melk, kaas, yoghurt) \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van volkorenproducten en brood \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van voedsel uit blik \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van diepvriesproducten \_\_\_\_\_  
Dagelijks gebruik van verse producten \_\_\_\_\_  
Dagelijkse normale stoelgang \_\_\_\_\_  
Last van voedselintolerantie \_\_\_\_\_  
Hoeveel water drinkt u dagelijks \_\_\_\_\_

### Aandoeningen in de directe familie, JA / NEE

Hart- en vaatziekten \_\_\_\_\_  
Kanker \_\_\_\_\_  
Lever- en galaandoeningen \_\_\_\_\_  
Diabetes \_\_\_\_\_  
Emfyseem \_\_\_\_\_  
Epilepsie \_\_\_\_\_  
Andere: \_\_\_\_\_

**Selecteer de hierna genoemde klachten die op u van toepassing zijn. Geef die klachten een cijfer tussen 1 (0=niet waarneembaar) en 10 (ondraaglijk, heftig aanwezig). Vul de vakjes die NIET op u van toepassing zijn (inclusief de beschrijving van de klachten-groepen) in met een nul**

**Geef de klachten die op u van toepassing zijn een cijfer tussen 1 (in lichte mate aanwezig) en 10 (ondraaglijk, in zeer ernstige mate). Overslaan bij het geen NIET op u van toepassing is.**

<u>Algemene overactiviteit</u>	<u>0-10</u>	<u>Hart en bloedvaten</u>	<u>0-10</u>	61 Nervositeit _____	98 Chronische vermoeidheid _____
1 Nerveuze maag _____		32 Snel last van blauwe plekken _____		62 Valt eerder af dan gewichtstoename _____	99 Zwakte, duizeligheid _____
2 Droge mond _____		33 Voortdurend zuchten, geeuwonger _____		63 Verdraagt geen hitte _____	100 Neiging tot netelroos _____
3 Snelle pols na de maaltijd _____		34 Voortdurend moeilijk en zwaar ademen _____		64 Zeer emotioneel _____	101 Vatbaarheid voor gewrichtsklachten _____
4 Opgedraaid, kalm blijven kost moeite _____		35 Neiging om ramen te openen in afgesloten ruimtes _____		65 Bloost bij het minste of geringste _____	102 Toegenomen transpiratie _____
5 Mentaal zeer alert en snel _____		36 Vatbaar voor verkoudheden en koortsige Aandoeningen _____		66 Nachtelijke zweetaanvallen _____	103 Verhoogde behoefte aan zout _____
6 Handen en voeten koud en klam _____		37 Gezwellen enkels, 's nachts erger dan overdag _____		67 Trilt van binnen _____	104 Bruine vlekken/ verkleuringen van de huid _____
7 Hart gaat te keer in rustperiode _____		38 Spierkrampen, erger bij oefeningen en beweging _____		68 Hartkloppingen _____	105 Allergieën: vatbaarheid voor astma _____
8 Zure oprispingen _____		39 Doffe pijn in de borststreek of uitstralend naar de linkerarm, erger bij inspanning _____		69 Slapeloosheid _____	106 Uitputting: van spierkracht en van zenuwstelsel _____
9 Vaak uitbreken van koud zweet _____		40 Snel last van slapende, tintelende of gevoelloze handen en voeten _____		70 Gehoorstoornissen _____	107 Ademhalingsproblemen _____
10 Snel oplopende koorts _____		41 Neiging tot bloedarmoede _____		71 Verlies van eetlust _____	
11 Vaak symptomen van uitstralende zenuwpijn _____		42 Gevoel van druk of spanning onder het borstbeen, erger bij inspanning _____		72 Oorsuizen _____	
<u>Algemene onderactiviteit</u>	<u>0-10</u>	<u>Galblaas en leverfuncties</u>	<u>0-10</u>	73 Verstopping _____	<u>Alleen voor vrouwen</u>
12 Transpireert snel _____		43 Droge huid _____		74 Mentale traagheid _____	<u>0-10</u>
13 Nachtelijke been-kuit-voetkrampen _____		44 Dikwijls huiduitslag _____		75 Hoofdpijn bij het opstaan die in de loop van de dag geleidelijk afneemt _____	108 Pijnlijke menstruatie _____
14 Opgezwollen oogleden _____		45 Bittere metaalsmaak in de mond s morgens _____		76 Langzame pols, onder 65 _____	109 PMS (Premenstrueel syndroom) _____
15 Opgeblazen gevoel direct na de maaltijd _____		46 Moeizame en pijnlijke toiletgang _____		77 Gewichtstoename _____	
16 Te snelle vertering _____		47 Galgevoeligheid _____		<u>Zenuwstelsel en hormonen</u>	
17 Dikwijls braken _____		48 Verdraagt vet eten slecht _____		<u>0-10</u>	110 Abnormaal snel optredende vermoeidheid _____
18 Moeite met doorslikken _____		49 Licht gekleurde ontlasting _____		78 Lage bloeddruk _____	111 Depressieve gevoelens voor de menstruatie _____
19 Verstopping _____		50 Pijn tussen de schouderbladen _____		79 Vergeetachtigheid _____	112 Menstruatie te hevig en te lang durend _____
20 Diarree _____		51 Veelvuldig gebruik van laxeermiddelen _____		80 Toegenomen seksuele behoefte _____	113 Pijnlijke en gezwollen borsten (Mastopathie) _____
21 Stijve gewrichten na het opstaan _____		52 Galsteenkolieken (aanvallen) gehad in het verleden _____		81 Barstende hoofdpijn _____	114 Menstruaties te snel achter elkaar (te korte cycli) _____
22 Slechte circulatie, gevoelig voor kou _____		53 Dikwijls aanvallen van niesbuien _____		82 Afgenomen suikertolerantie _____	115 Witte vloed _____
23 Vatbaar voor verkoudheden, astma, bronchitis _____		<u>Verteringsfuncties</u>	<u>0-10</u>	83 Opgeblazen gevoel in darmen _____	116 Menopauze klachten als opvliegers etc. _____
<u>Bloedsuikerspiegel</u>	<u>0-10</u>	54 Opgeblazen onderbuik enkele uren na de maaltijd _____		84 Abnormale dorst _____	117 Nauwelijks aanwezige menstruatie _____
24 Middag-hoofdpijnen en/of middag-slaperigheid _____		55 Gevoel van brandend maagzuur, dat verdwijnt door te eten _____		85 Gewichtstoename rond de heupen en het middel _____	118 Acne, heviger tijdens de menstruatie _____
25 Trillerig worden bij hongergevoel _____		56 Dikwijls beslagen tong _____		86 Afgenomen seksuele behoefte _____	<u>Alleen voor mannen</u>
26 Gevoel van flauwvallen als maaltijden uitgesteld worden _____		57 Verteringsproblemen tot 1 uur na de maaltijd, vaak oplopend tot 3-4 uur _____		87 Neiging tot zweren, dikke darmontsteking _____	<u>0-10</u>
27 Hartkloppingen als maaltijden overgeslagen of uitgesteld worden _____		58 Opgeblazen buik met gasvorming direct na de maaltijd _____		88 Verhoogde suikertolerantie _____	119 Abnormaal snel vermoeid _____
28 Eetbuien bij nervositeit of stress _____		59 Opgezette maag direct na de maaltijd _____		89 Vrouwen: menstruatiestoornissen _____	120 Moeite met urineren _____
29 Na een paar uur slaap wakker worden/ moeite met opnieuw inslapen _____		<u>Stofwisseling</u>	<u>0-10</u>	90 Jonge meisjes: afwezige menstruatie _____	121 Pijn aan de binnenkant van de benen of de hielen _____
30 Grote behoefte aan suiker, zoet of snoep s middags _____		60 Snelle pols in rustperiode _____		91 Opgelaten _____	122 Gevoel van niet volledige stoelgang _____
31 Grote behoefte aan zoet of snacks de hele dag door _____				92 Hoofdpijn _____	123 Nachtelijke onrust en nervositeit _____
				93 Duizeligheid _____	124 Afgenomen seksuele behoefte _____
				94 Verhoogde bloeddruk _____	<u>Ademhalingsfunctie</u>
				95 Suiker in urine (geen diabetes) _____	<u>0-10</u>
				96 Mannelijke trekken (bij vrouwen) _____	125 Chronische hoest _____
				97 Lage bloeddruk _____	126 Pijn rond de ribben _____
					127 Kortademigheid _____
					128 Pijn in de borststreek _____

© 2013

Geef de klachten die op u van toepassing zijn een cijfer tussen 1 (in lichte mate aanwezig) en 10 (ondraaglijk, in zeer ernstige mate). Overslaan het geen NIET op u van **toepassing is**.

- 129 Moeite met ademen \_\_\_\_\_  
 130 Veelvuldig ophoesten van slijm \_\_\_\_\_  
 131 Ophoesten van bloed \_\_\_\_\_  
 132 Dikwijls optredende bronchitis of verkoudheid \_\_\_\_\_  
 133 Doorgemaakte longontstekingen \_\_\_\_\_  
 134 Abnormale gevoeligheid voor smog \_\_\_\_\_

Blaas-en nierfunctie 0-10

- 135 Veelvuldig urineren \_\_\_\_\_  
 136 Rood gekleurde urine \_\_\_\_\_  
 137 Nadruppelen na het urineren \_\_\_\_\_  
 138 Moeilijk kunnen urineren \_\_\_\_\_  
 139 Vlokkige, troebele urine \_\_\_\_\_  
 140 Nauwelijks tot geen drang tot urineren \_\_\_\_\_  
 141 Regelmatig terugkerende blaasontstekingen \_\_\_\_\_  
 142 Pijnlijk en branderig gevoel tijdens het urineren \_\_\_\_\_  
 143 Onvrijwillig vrijkomen van urine tijdens hoesten/  
niezen \_\_\_\_\_  
 144 Sterk ruikende urine \_\_\_\_\_

Weerstandfuncties 0-10

- 145 Keel infecties \_\_\_\_\_  
 146 Slechte wondgenezing \_\_\_\_\_  
 147 Slecht herstel van kou/griep \_\_\_\_\_  
 148 Regelmatig zweren/cysten \_\_\_\_\_  
 149 Gezwollen lymfklieren \_\_\_\_\_  
 150 Gevoelig voor griep en kou vatten \_\_\_\_\_  
 151 Bobbelige huid op de achterkant van de armen \_\_\_\_\_  
 152 Ontstoken/bloedend tandvlees \_\_\_\_\_  
 153 Chronische volte in de longen \_\_\_\_\_  
 154 Waterige afscheiding van de neus \_\_\_\_\_  
 155 Meestal ademen door de mond \_\_\_\_\_  
 156 Gezwollen tong \_\_\_\_\_  
 157 Hyperactiviteit \_\_\_\_\_  
 158 Voedselintolerantie / allergie \_\_\_\_\_

- Operaties/ziekenhuisopname datum  
 Amandelen geknipt \_\_\_\_\_  
 Blinde darm operatie \_\_\_\_\_  
 Galblaas operatie \_\_\_\_\_  
 Baarmoeder operatie \_\_\_\_\_  
 Sterilisatie \_\_\_\_\_  
 Ongevallen \_\_\_\_\_

- Hernia operatie rug \_\_\_\_\_  
 Hernia operatie liezen \_\_\_\_\_  
 Keizersnede \_\_\_\_\_  
 Andere operaties \_\_\_\_\_

Abortus/ miskramen \_\_\_\_\_

Tandheelkundige ingrepen JA / NEE

- Getrokken kiezen bovenkaak \_\_\_\_\_  
 Idem onderkaak \_\_\_\_\_

Ruimte voor mogelijke aanvullende  
opmerkingen die van belang zijn i.v.m.  
uw gezondheid